

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1922-1923 — N° 155

*Les Dermoïdes
du Limbe Scléro - Cornéen*

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 9 Juillet 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri TUAILLON

né à FOIX (Ariège) le 17 Octobre 1897



LYON

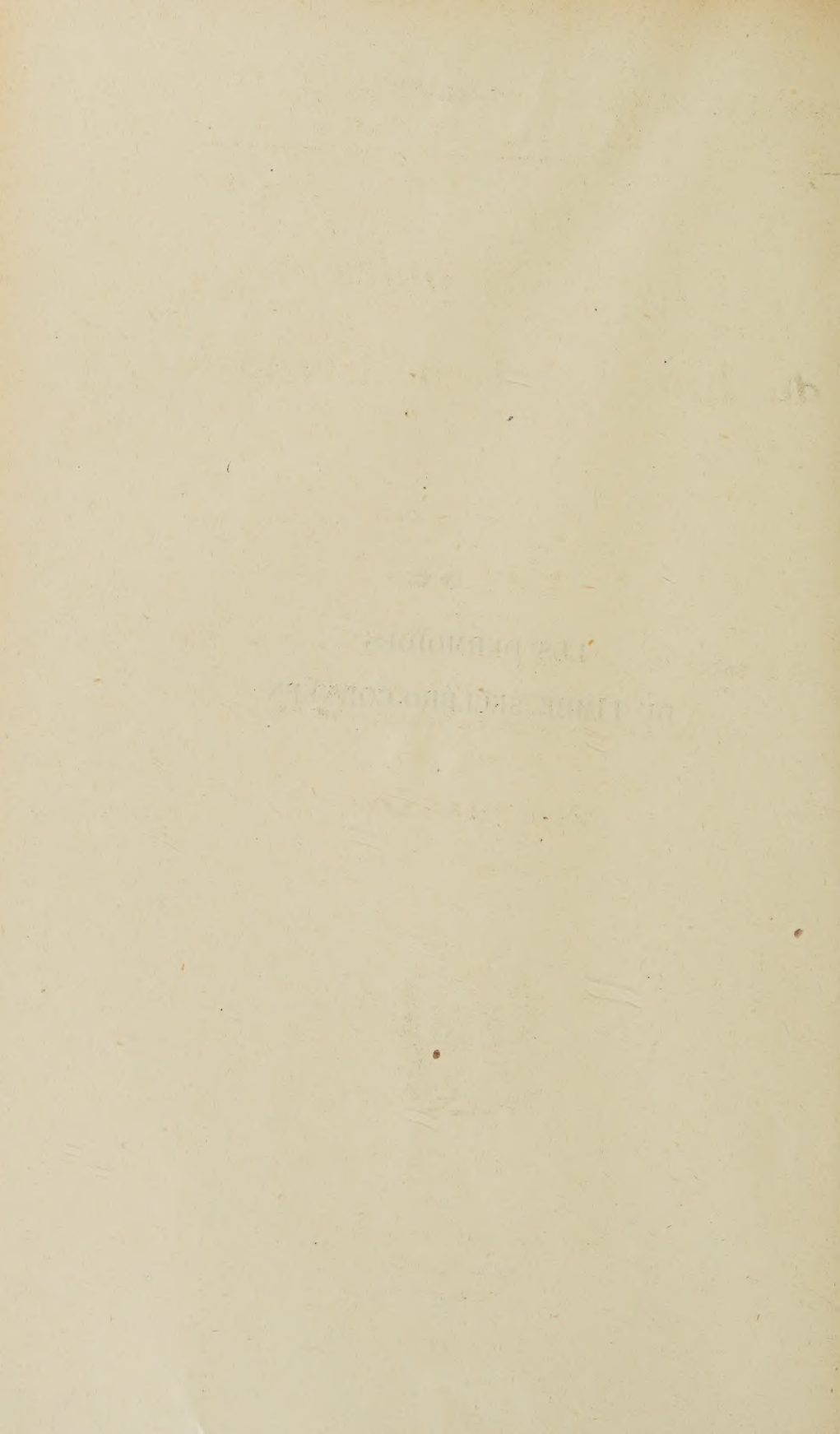
Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1923

LES DERMOÏDES
DU LIMBE SECLÉRO-CORNÉEN



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1922-1923 — N° 155

Les Dermoïdes
du Limbe Scléro - Cornéen

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 9 Juillet 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri TUAILLON

né à FOIX (Ariège) le 17 Octobre 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1923

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire
Doyen
Assesseur

M. HUGOUNENQ
MM. J. LEFINE.
ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	N.-JOSSEBRAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Histologie	BRETIN
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURSTITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— Chimie minérale	BARRAL.
— Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Embryologie	GRÉVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	TRILLAT	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	SAKVONAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L.)	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	NOEL, chargé
CADE	COTTE	CORDIER	des fonctions
GARIN	DUROUX		

M. BAYLE, secrétaires

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. ROLLET, président, M. DUROUX, assesseur.
MM. ROUBIER et SANTY, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

Pieuse offrande au culte de leur
mémoire.

A MON FRÈRE

Je dédie ce modeste travail en témoi-
gnage de ma vive reconnaissance et de
ma profonde affection.

A MA TANTE HÉLÈNE

Qui m'aima comme un fils.

A TOUS LES MIENS

A MES CAMARADES D'ETUDE

MORTS POUR LA FRANCE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

*Professeur de Clinique Ophthalmologique
à la Faculté de Médecine de Lyon
Officier de la Légion d'Honneur*

Il nous a inspiré le sujet de notre
thèse et nous fait le grand honneur de
la présider. Nous lui faisons part de
notre gratitude et lui adressons nos
respectueux remerciements.

A MES MAÎTRES DES FACULTÉS DE MÉDECINE
DE TOULOUSE, BORDEAUX ET LYON

A MES JUGES

Digitized by the Internet Archive
in 2026

LES DERMOÏDES DU LIMBE SCLÉRO-CORNÉEN

INTRODUCTION

Au cours d'une visite à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, nous avons eu la bonne fortune d'examiner une malade qui portait sur chacun de ses globes oculaires une petite tumeur couverte de poils. Intrigué par l'aspect de cette malformation, et surtout par son siège, nous avons manifesté le désir d'en entreprendre l'étude et nous avons été particulièrement heureux que M. le Professeur ROLLET ait bien voulu nous proposer ces tumeurs dermoïdes comme sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons traité cette question suivant un ordre classique : Historique, Symptomatologie, Anatomie pathologique, Pathogénie, Diagnostic, Pronostic et Traitement, Observations, Conclusions, et nous l'avons complétée par un relevé des cas de dermoïdes décrits de 1886, date de la dernière statistique, à 1914.

On nous excusera d'avoir arrêté notre casuistique

à 1914, mais, pendant la guerre, la plupart des revues d'ophtalmologie avaient cessé de paraître, et il nous a été impossible d'avoir, sur cette période, une documentation suffisante. Mieux valait, dès lors, s'abstenir plutôt que d'être incomplet.

En un mot, aux recherches antérieures, nous avons apporté notre modeste contribution. Et si nous avons réussi à mettre un peu de clarté dans l'étude de ces tumeurs encore un peu mystérieuses, nous nous estimerions largement payé de notre peine.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'existence d'une tumeur couverte de poils à la surface du globe oculaire fut signalée, pour la première fois, en 1742, par Mauchart. Il fallut attendre 22 ans après cette première observation pour avoir une description détaillée d'une tumeur du même genre. Ce fut Masars de Cazèles qui nous la fournit dans son travail intitulé : « Sur quelques hémorragies et notamment sur un poil qui a pris naissance dans le globe de l'œil gauche et qu'on a été obligé d'arracher plusieurs fois. » Ce fait frappa tellement notre auteur qu'il le considéra comme un phénomène unique, extraordinaire, et il ne le raconta qu'après avoir averti le lecteur de son étrangeté : « Si le sommeil des historiens de la nature, dit-il en débutant, n'est pas toujours moins fertile en songe que celui des historiens des hommes, il n'en est pas moins vrai que ce

qui passe quelquefois pour chimérique et pour fabuleux ne l'est souvent qu'aux yeux de l'inconséquent Pyrrhonisme ou de l'aveugle prévention. Le poil sur lequel je viens d'être consulté est une de ces singularités, dont on peut tirer avantage pour ne pas se rendre incrédule mal à propos. »

Dans la suite, les cas se multiplièrent, mais ils furent décrits sous des vocables différents, les auteurs ne sachant ni comment les classer, ni leur donner un nom.

Wardrop, pourtant, en 1819, en citant quatre observations nouvelles, tenta un essai de classification et rangea les tumeurs poilues parmi celles qui apparaissent à la naissance et ressemblent aux *nœvi materni*.

Plus tard, Barrow, Demours, White Cooper, Lœw père et Lœw fils relatèrent de nombreux cas nouveaux sans faire cependant progresser la question. Les uns, comme le père de de Græfe appelaient ces tumeurs mystérieuses *nœvus pilus* ou *trichosis congenita conjunctivæ* ; les autres, comme Edwards, leur réservaient le nom de *trichosis bulbæ* ; d'autres enfin, les considérant comme des accumulations graisseuses, les nommaient *nœvus lipomatodes* ou *lipoma crinosum*.

Enfin, en 1853, apparut Ryba, et son nom fait époque dans l'histoire de la question. Il donna, en effet, le premier, une description symptomatologique d'ensemble et une interprétation originale. Il réunit les

diverses observations, sut montrer leur analogie, établir la nature de la tumeur, et créa pour elle le nom de dermoïde, qui n'a pas été changé depuis. En un mot, il donna à la question une base solide; en ébaucha la charpente, et les auteurs qui suivirent, tels que Mackensie, Taliafero, O'Becker, Horner, Rizet, Manz, Pagentescher, Polaillon, de Wecker, n'eurent plus qu'à recueillir des faits nouveaux pour édifier le monument scientifique que nous possédons sur ce sujet.

Cette affection nouvelle qui faisait ainsi sa brusque apparition dans le domaine de la pathologie oculaire, ne manqua pas de provoquer des discussions passionnées au sujet de sa pathogénie et de son évolution.

La théorie émise par Ryba et adoptée par de Wecker régna en maîtresse pendant plus de quinze ans. Mais elle ne reposait pas sur des bases embryogéniques sérieuses, et lorsqu'en 1868, Manz se mit à l'attaquer, elle ne put résister longtemps à ses violents assauts. Ce fut encore Manz qui eut la géniale idée d'attribuer aux brides amniotiques un rôle prépondérant dans la genèse des dermoïdes, hypothèse féconde, puisque la plupart des théories qui suivirent procèdent de celle de Manz. En effet, Van Duyse, Vassaux, Lannelongue admettent tous les brides amniotiques comme cause efficiente des dermoïdes ; ils leur attribuent seulement, suivant les cas, un rôle primordial ou secondaire.

Aujourd'hui enfin, on ne songe plus guère à contester le rôle des brides amniotiques; la discussion porte seulement sur les conditions dans lesquelles elles se produisent.

Au chapitre « Pathogénie », le lecteur trouvera le développement des idées que nous avons énoncées ci-dessus ; nous avons cru bon d'en faire le commentaire et d'indiquer, en motivant notre choix, la théorie qui nous a paru la meilleure.

CHAPITRE II

Symptomatologie.

Le dermoïde est une tumeur *congénitale*, ou, plus exactement, une malformation ; c'est là un fait capital, que nous saurons utiliser pour le différencier des autres néoplasmes oculaires. Le plus souvent, il est unique ; sur un ensemble de 150 observations, nous ne trouvons que 25 cas de tumeurs multiples qui comprennent six cas de brides ou adhérences palpébrales symétriques, et huit cas de tumeurs multiples du même œil.

Le dermoïde peut s'observer sur l'un quelconque des deux yeux. Son point d'élection est la partie externe et inférieure du limbe, à cheval sur la sclérotique et la cornée et au-dessous de l'axe horizontal de cette dernière membrane.

Sa forme varie, en même temps que la personne qui le porte avance en âge. A la naissance, il est si

petit qu'il peut passer inaperçu et que ses poils semblent sortir directement de la sclérotique. L'accroissement est nul ou très lent, jusqu'à l'âge de la puberté. Mais, à cette époque, on le voit brusquement grossir et atteindre en peu de temps les dimensions d'une lentille, d'une fève ou d'une petite cerise. Il peut alors saillir entre les deux paupières, empêcher leur occlusion et, par ses poils devenus longs et vigoureux, irriter les parties voisines.

Le dermoïde se présente à l'observateur sous des colorations variées ; il peut être blanc ou gris, jaune ou brun, parfois même rosé, mais il donne toujours l'impression d'être avasculaire.

Sa surface est tantôt lisse, tantôt chagrinée, ou bien encore recouverte de sillons entrecroisés analogues à ceux de la peau. Parfois même on y distingue des petites papilles qui lui donnent un aspect velvétique. Quelquefois la tumeur est recouverte d'un enduit sébacé sécrété par les glandes qu'elle contient.

Il est habituel de constater une adhérence très intime entre le dermoïde et les tissus sous-jacents, en particulier avec la sclérotique qu'il semble prolonger ; cependant on a pu observer, dans des cas très rares, une certaine laxité. Sa consistance dépend de la proportion des éléments qui le constituent. Il est ferme, semi-cartilagineux ou bien mou selon qu'il y entre peu ou beaucoup de tissu graisseux.

Le dermoïde enfin, qui est toujours parfaitement indolore, est compatible avec une vision normale, sauf dans le cas exceptionnel où il recouvre la pupille.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

« On doit considérer, dit Ryba, les dermoïdes comme possédant une structure en tout semblable à celle de la peau. Ce sont comme des îlots de paupière adhérents au globe oculaire. »

Cette phrase résume aussi parfaitement que possible ce que nous savons aujourd'hui de l'histologie de ces tumeurs.

Macroscopiquement le dermoïde extirpé se présente sous la forme d'une petite masse arrondie de la grosseur d'un pois ou d'une petite cerise. Sa consistance est habituellement semi-cartilagineuse ; cependant, dans quelques cas, il est ramolli à sa partie centrale. La surface de section présente une coloration blanc bleuâtre, quelquefois tachetée de points rouges. Si on le presse on n'en fait sourdre aucun liquide, ni aucune matière semi-fluide. Enfin sa résistance est grande et on a de la peine à le déchirer.

Microscopiquement, sur des coupes comprenant toute la hauteur du dermoïde, on constate, superposées, les trois principales couches de la peau : épiderme, derme, tissu cellulo-graisseux sous-cutané. Cette constitution ne paraît pas toujours aussi parfaite; dans certains cas, en effet, en particulier lorsqu'il n'y a pas de poils à la surface de la tumeur, on a décrit une derme moins complet caractérisé par des couches lamellaires stratifiées sans noyaux, mélangées à quelques fibres élastiques avec absence complète de graisse, de follicules pileux et de glandes sébacées. Le tissu dermique semble alors devenir de plus en plus serré pour se continuer directement avec le tissu scléro-cornéen.

Epiderme. — On y trouve tous les éléments habituels de l'épiderme normal : couche cornée, couche de Malpighi avec ses cellules prismatiques adhérentes au derme et ses cellules polyédriques dentelées, *stratum lucidum*, *stratum granulosum*.

Derme. — Il présente à sa surface des papilles en général peu développées ; ce sont de simples ondulations qui soulèvent à peine l'épiderme et ne s'accusent nullement à la surface. Quelquefois cependant cette couche papillaire est plus développée et donne à la surface cet aspect velvétique que nous avons déjà mentionné.

La charpente est constituée par des faisceaux de fibrilles conjonctives comprenant, en certains points, de très nombreuses cellules arrondies nucléées et par

des fibres élastiques. Les faisceaux de fibres du tissu lamineux affectent en général une direction parallèle à celle de la couche épithéliale. Au niveau de la couche papillaire, ils présentent une ondulation plus ou moins exagérée et semblent moins serrés, englobant des amas de cellules rondes à noyaux. Ces cellules, nombreuses à la superficie, deviennent de plus en plus rares et disparaissent dans la profondeur. Dans nombre de cas même ces cellules à gros noyaux ont semblé faire totalement défaut. Une fois, Vassaux a insisté sur l'existence dans les parties les plus superficielles du derme de nombreux corps fusiformes ou étoilés, remplis de véritables granulations pigmentaires. On peut également trouver ces granulations dans les interstices du tissu cellulaire.

L'existence caractéristique de ce pigment dans la couche papillaire des paupières permettrait à elle seule de conclure à l'analogie de structure : « Il nous est donc permis de supposer, dit Vassaux, qu'une tumeur ayant la structure de la peau et présentant certaines particularités qu'on ne rencontre que dans les paupières, a la même origine que cette membrane et que l'une n'est qu'une émanation de l'autre. »

La présence de fibrilles élastiques entre-croisées avec les fibres conjonctives a été signalée par tous les auteurs ; ces fibrilles sont nombreuses, ramifiées, anastomosées et constituent un véritable réseau. « De la partie profonde de la tumeur se détachent de gros troncs de fibres à double contour qui diminuent peu à peu de volume et se ramifient à mesure qu'on se

rapproche de la surface. Arrivées à une certaine distance de la couche papillaire, ces fibres élastiques se résolvent en une infinité de fibrilles qui forment par leur entre-croisement un véritable plexus sous-papillaire très élégant. De ce plexus émergent de nouveaux troncs qui se ramifient en forme d'arborescences et vont se terminer en réseau à la surface du corps papillaire. »

Tissu cellulaire sous-cutané. — A la face profonde de la tumeur, les fibrilles lamineuses perdent leur parallélisme, se dissocient en quelque sorte et forment un tissu aréolaire, véritable tissu cellulaire sous-cutané qu'occupent des cellules de graisse. Ces dernières, souvent assez nombreuses pour faire croire à la nature lipomateuse de l'affection, constituent, en général, une couche profonde désignée sous le nom de *pannicule graisseux*. Elles peuvent aussi faire complètement défaut. Au-dessous de ce pannicule, le tissu lamineux se reforme serré et dense en lamelles larges et parallèles et prend l'aspect du tissu scléro-cornéen. Il se continue directement avec ce dernier de telle sorte qu'il est impossible de dire où la tumeur finit et où la cornée commence.

Au contraire, lorsqu'on rencontre des tumeurs peu adhérentes, ces tumeurs sont reliées à la sclérotique par des fibres conjonctives très lâches.

Vaisseaux et Nerfs. — Les dermoïdes sont peu vasculaires. Les vaisseaux qui les abordent, encore larges et volumineux au niveau du pannicule adipeux,

se résolvent rapidement en capillaires dont la direction générale est parallèle au revêtement épithélial. Au niveau de la couche papillaire, ces capillaires se ramifient en formant des étoiles irrégulières, anastomosées entre elles. Les nerfs ont été peu étudiés; Vassaux signale à la face profonde du pannicule graisseux des fibres nerveuses à myéline. Jamais on n'a constaté la présence d'organes spéciaux du tact, corpuscules de Meissner ou de Krause.

Poils et glandes. — La majorité des dermoïdes contient des follicules pileux et des glandes sébacées. Les glandes sont situées dans le derme et, en général, dans les parties superficielles ou moyennes du derme. Les plus volumineuses seules peuvent atteindre par la base de leur cul-de-sac le pannicule adipeux. Elles présentent donc le siège superficiel qu'elles affectent dans la peau; toutes s'ouvrent au niveau d'un follicule. Elles sont, en général, petites et formées d'un lobule composé seulement de quelques utricules tout comme les glandes des paupières.

Exceptionnellement on rencontre à côté des glandes sébacées des glandes sudoripares. La glande décrite par Vassaux était située dans la peau et possédait une partie sécrétante et un tube excréteur. Le tube de la portion glomérulée, plongé au milieu des vésicules adipeuses, montrait très nettement une paroi anhyste et une double couche épithéliale : cellules fusiformes basales et cellules cubiques centrales. De nombreux capillaires enveloppent la glande. Raymond a vu profondément, au milieu d'amas adipeux, de petits conglomerés d'acini

glandulaires revêtus par des cellules épithéliales larges, cubiques, formées de gros noyaux. Enfin Gallenga parle des lobules rappelant la disposition des lobules de la glande lacrymale et rangés autour du cartilage qui occupait la base de la tumeur qu'il avait extirpée.

On le voit, tous ces résultats sont loin de concorder exactement et l'on est en droit de se demander si toutes ces glandes ne dérivent pas des glandes sudoripares modifiées que Moll a décrites dans le bord ciliaire de la paupière.

De nouveaux examens permettront seuls de fixer ce point.

CHAPITRE IV

Pathogénie.

Avant de passer en revue les diverses théories émises sur le développement du dermoïde, pour pouvoir les mieux comprendre et les discuter, il nous paraît indispensable de retracer rapidement l'embryologie des paupières.

Bien que la vésicule oculaire primitive, émanation de la vésicule antérieure, se rencontre déjà chez l'embryon de 3 mm. (19 à 20 jours) et que la première ébauche du cristallin s'observe au début de la 4^e semaine, ce n'est qu'au début du 3^e mois de la vie intra-utérine, c'est-à-dire bien après la formation de la cornée, que les paupières commencent à se soulever. Elles apparaissent sous la forme de deux étroits bourrelets, l'un supérieur, l'autre inférieur, constitués par un repli de l'ectoderme entre les feuillets duquel se trouve un peu de mésoderme. Le feuillet superficiel antérieur de l'ectoderme formera la peau, le

feuillet superficiel postérieur fournira la conjonctive tandis que le mésoderme donnera naissance au tarse, à l'orbiculaire des paupières et aux glandes de Meibomius.

Ces deux bourgeons, se dirigeant l'un vers l'autre, se rencontrent au début du quatrième mois et se soudent par le développement de leur épithélium, de telle sorte qu'à ce niveau les couches épithéliales des deux marges palpébrales sont confondues.

Pendant que les paupières sont soudées, les cils et les glandes de Meibomius se développent de part et d'autre de la ligne de coalescence des deux bourgeons, et lorsque les poils sortent de leur follicule, ainsi que la matière sébacée des glandes de Meibomius, la soudure se défait et les paupières se séparent.

Indépendamment de ces deux paupières supérieure et inférieure il s'en forme, chez la plupart des vertébrés, une troisième appelée *membrana nictitans*. C'est un repli vertical de la conjonctive de l'angle interne de l'œil qui, rudimentaire chez l'homme, constitue le repli semi-lunaire.

Il résulte de cet exposé que le développement du globe de l'œil chez l'homme par rapport à celui des paupières comprend trois périodes :

Première période : Il n'y a pas de paupières.

Deuxième période : Les paupières sont fermées.

Troisième période : Les glandes et les cils se sont développés, la fente palpébrale est ouverte.

Ceci étant posé, voyons maintenant quels mécanismes ont été invoqués pour expliquer la formation des dermoïdes scléro-cornéens.

Ryba admet que l'ectoderme ne suit pas une évolution identique selon qu'il tapisse les cavités ou qu'il reste en surface. Pour lui les parties du système cutané qui jusqu'au parfait développement du fœtus restent exposées à la surface du corps, acquièrent peu à peu la structure de la peau bien développée tandis qu'au contraire les parties de ce système qui se renversent en dedans ou qui sont isolées par une membrane protectrice comme la conjonctive l'est par les replis palpébraux, se transforment en muqueuses.

Si cette couche protectrice vient à manquer, comme dans le cas d'une occlusion incomplète des paupières ou d'un colobome palpébral, une partie de la conjonctive reste à découvert et prend les propriétés des téguments externes.

Mais aucune donnée d'embryogénèse n'est venue confirmer la théorie de *Ryba* sur la transformation des muqueuses. De plus on peut lui faire une objection capitale : comment se fait-il que dans l'absence congénitale des paupières la conjonctive oculaire ne revête pas dans son entier les propriétés des téguments externes ? Enfin cette théorie n'explique nullement la présence de brides cornéo-palpébrales.

Gallenga, lui, fait jouer un rôle prépondérant à la membrane niclitante ou troisième paupière dont la *plica semilunaris* n'est que le vestige chez l'homme.

Pendant la vie fœtale, ce pli est, selon lui, assez développé pour recouvrir la cornée. Sous l'influence de la pression exercée par la paupière au commencement du troisième mois, il se forme des adhérences entre la *membrana nictitans* et un point quelconque du globe oculaire. Lorsque cette membrane se rétracte, il peut y avoir des déchirures au niveau des adhérences et c'est aux dépens de ces îlots épars sur le globe oculaire que le dermoïde se développe ; mais si c'est avec la conjonctive des paupières ou du sac conjonctival que la soudure se fait, nous aurons alors la formation d'un dermoïde avec bride. Quant à la différence de structure de ces tumeurs, Gallenga l'attribue à la variabilité du point sur lequel l'adhérence s'établit.

Nous n'insisterons pas sur cette théorie, car il est très contesté que la *membrane nictitante* au cours de la vie intra-utérine atteigne jamais chez l'homme un développement suffisant pour pouvoir recouvrir dans son entier le segment antérieur du globe de l'œil ; de plus, elle n'explique nullement pourquoi le dermoïde de la cornée siège presque toujours sur le méridien horizontal et notamment à la partie externe du limbe.

Osborn et Tillaux, eux, admettent que le dermoïde se développerait aux dépens d'un débris du bourgeon ectodermique qui donne naissance au cristallin.

Cette théorie, qui expliquerait à la rigueur le développement des dermoïdes du limbe scléro-cornéen, n'éclaircit en rien la pathogénie des tumeurs qui siègent sur les autres points du globe oculaire.

Pour *Picqué*, le secret de la formation des dermoïdes réside dans le mode d'occlusion des paupières. Nous avons déjà dit qu'il y avait vers la fin du 3^e mois, une véritable soudure entre les deux bourgeons ectodermiques par *développement des deux épithéliums palpébraux*, de telle sorte que les couches cornées forment un tout sans division. Cette soudure est préparée chez certains animaux par une prolifération précoce du feuillet corné. De plus, la cornée au niveau de la fente palpébrale est notablement plus épaisse que dans les parties couvertes par les paupières et forme un véritable bourrelet qui se perd dès que les paupières se soudent.

Si donc, pour une raison quelconque, le bourrelet cornéen ne disparaît pas, si la prolifération épithéliale s'exagère en arrière, il est admissible de croire qu'une soudure entre les paupières et la cornée se fera, tout comme elle se produit entre les paupières elles-mêmes.

Une cause favorisante de cette soudure sera une compression exercée par l'amnios, due au défaut de parallélisme entre le développement de l'embryon et de l'amnios, ou à la trop petite quantité de liquide amniotique. Une telle compression exercée sur le bulbe recouvert par les replis palpébraux n'est-elle pas bien faite pour amener l'union de toutes ces parties ? Cette cause adjuvante ne pourra-t-elle pas être invoquée dans tous les cas d'anomalies concomitantes, becs de lièvre, macrostomes et tumeurs préauriculaires ? »

La théorie de *Picqué* paraît de prime abord très séduisante et nous ne ferions aucune difficulté pour

nous laisser convaincre, si elle ne laissait totalement dans l'ombre un phénomène qui, pour nous, joue un rôle capital dans la formation des tératomes : je veux dire les adhérences entre l'embryon et l'amnios.

Aussi préférons-nous nous ranger aux idées de Manz et de Van Duyse que nous allons maintenant exposer.

L'étude des arrêts de développement des arcs branchiaux, la démonstration des adhérences amniotiques, la constatation de macrostomes congénitaux et des becs de lièvre, les tumeurs pré-auriculaires, l'analogie d'aspect et de structure de ces tumeurs et des dermoïdes ont conduit *Van Duyse* à regarder les dermoïdes comme étant eux-mêmes des débris de brides amniotiques. Et il conclut : « Le colobome de la paupière est dû à une adhérence pathologique intra-utérine circonscrite, temporaire, entre l'amnios d'une part et le tégument externe qui recouvre chez l'embryon la vésicule oculaire. Cette adhérence empêche le développement normal de l'une ou des deux paupières; le dermoïde épibulbaire, dont la présence coïncide habituellement avec l'anomalie palpébrale, correspond au point où une bride amniotique circonscrite demeure soudée avec la membrane qui s'étend au-devant de l'œil fœtal ; s'il y a colobome sans dermoïde c'est que l'adhérence s'est rompue prématurément ne laissant que peu ou pas de trace de son existence sur l'œil ou à son pourtour.

L'amnios a pu également contracter des adhérences avec les fentes embryonnaires de la face et occasionner ainsi des troubles d'évolution dans les pau-

pières, des atrophies partielles ou des fissures. On a, du reste, pu constater d'une part des brides oculaires encore en place, d'autre part des lambeaux d'amnios flottant sur les bords irréguliers des fentes faciales persistantes chez le fœtus.

Et c'est en se servant de cette théorie que le Professeur Lannelongue nous explique pourquoi les dermoïdes de l'œil siègent le plus souvent sur le limbe scléro-cornéen : « Si le dermoïde s'observe d'habitude sur la partie du globe oculaire qui reste le plus longtemps à découvert pendant la période de développement, n'est-ce pas parce que cette partie découverte est par cela même exposée à l'établissement d'une adhérence ».

Vassaux admet aussi comme cause primordiale les adhérences amniotiques ; mais cette adhérence jouera un rôle tout spécial : elle arrêtera les bourrelets palpébraux dans leur mouvement de descente : les deux épithéliums une fois en bourrelets au niveau de l'adhérence se trouveront en contact et rien ne s'opposera à ce qu'une soudure entre la paupière et le bulbe se produise, de même que se produit la soudure des deux bourrelets palpébraux quand ils viennent à se rencontrer. Mais le mésoderme arrêté au niveau de la bride et continuant à se développer, son extension ne pourra se faire que suivant la soudure épithéliale. Il va donc repousser peu à peu les cellules et former un bourgeon qui s'invaginera sous la conjonctive. Le dermoïde sera alors formé et il sera constitué par le bord libre de la paupière comme semble le démontrer l'existence de pigments à la surface du derme.

En résumé, si Vassaux se sépare de Manz et de Van Duyse, c'est qu'il lui répugne d'admettre la transformation des éléments amniotiques en éléments dermoïdes. Nous n'insisterons pas sur la possibilité d'une telle différenciation, l'amnios et l'ectoderme ayant une origine commune (feuillet externe du blastoderme). Il nous suffit que l'adhérence de l'amnios soit le point de départ des dermoïdes et nous n'aurons plus qu'à rechercher comment se produit cette adhérence. Nous allons essayer, maintenant, de l'expliquer.

Mode de production des brides amniotiques.

Dans des expériences restées fameuses, Dareste arriva à produire artificiellement des monstres chez les ovipares en modifiant les conditions physiques nécessaires au développement de leurs œufs ; il avait donc réussi à démontrer que la production et l'évolution des germes sont sous la dépendance d'un certain nombre de conditions physiologiques ou physiques. Ces conditions viennent-elles à être modifiées, il se produira comme conséquence des anomalies de développement.

Chez les mammifères, si les phénomènes sont plus complexes, ils n'en obéissent pas moins à des lois identiques. L'œuf est, en effet, niché dans la paroi utérine et nourrit le germe qu'il contient en utilisant le sang maternel. Un incident quelconque survient-il, soit dans l'évolution de l'utérus gravide, soit dans l'équilibre physiologique de la mère, l'œuf en subira l'immédiate répercussion et l'embryon contenu aura une croissance anormale.

Les deux principaux mécanismes qui sont capables de produire ainsi des troubles dans la croissance du produit de conception sont la compression d'une part et d'autre part une modification des épithéliums en contact, c'est-à-dire de l'amnios et du tégument foetal.

Nous allons passer rapidement en revue quelles sont les causes qui peuvent aboutir à l'un ou l'autre de ces phénomènes.

CAUSES EXTRINSÈQUES

Ce sont les traumatismes. On sait qu'un traumatisme appliqué sur la paroi abdominale peut produire des ecchymoses sous-péritonéales, des ruptures intestinales et même des fractures intra-utérines sans laisser aucune trace sur la peau de l'abdomen. N'est-il pas alors logique de penser qu'un de ces traumatismes, reçu à une époque moins avancée de la grossesse, ne pourrait pas provoquer une lésion superficielle de l'amnios qui se traduirait par une desquamation épithéliale ?

Le traumatisme peut également intervenir à distance en provoquant une contraction réflexe de l'utérus qui pourrait ainsi comprimer l'embryon.

CAUSES INTRINSÈQUES

La diminution de la quantité de liquide amniotique est très souvent la principale cause des malformations que l'on constate à la naissance ; ce manque de liquide a pour effet de mettre en contact plus intime l'embryon et la paroi utérine et de faciliter ainsi au maximum la production d'adhérences anormales. La position du fœtus n'est pas non plus indifférente ; on sait, en effet, que pendant les six premiers mois de la grossesse la tête est logée dans une corne utérine,

c'est-à-dire dans la portion de l'utérus qui se contracte le plus facilement. La tête est donc la partie du corps qui est le plus exposée à des compressions déformatrices.

Enfin il est aisé de comprendre que les malformations utérines, qu'elles soient congénitales (utérus bicorne) ou acquises (métrite parenchymateuse, fibromes), de même que les tumeurs annexielles (kystes de l'ovaire) sont capables de modifier la forme de la cavité de l'utérus et ainsi de comprimer en certains points l'embryon qui y est contenu.

De son côté, l'organisme maternel peut, au cours de la grossesse, devenir le siège d'une infection ; les germes pathogènes et les toxines passeront à travers le placenta et infecteront le fœtus. On conçoit dès lors que si on a affaire à une de ces maladies qui provoquent une desquamation du tégument fœtal (syphilis, tuberculose, fièvres éruptives), les conditions les meilleures pour la production d'adhérences se trouveront réalisées.

L'amnios enfin peut lui aussi s'enflammer ; la structure histologique des brides amniotique nous en donne la preuve. Elles sont, en effet, formées de lymphé plastique tout comme les brides et les adhérences que l'on observe sur les séreuses enflammées, dans la plèvre ou dans le péritoine ; elles ne sont jamais vascularisées et offrent une résistance remarquable.

Semblables quant à la structure, elles ne diffèrent pas quant à l'origine. Comme les adhérences pleurales et péritonéales, elles résultent d'une inflammation. L'amniotite se caractérise tout d'abord par une des-

quamation endothéliale et c'est au contact de ces deux membranes dénudées, conjonctive et amnios, que naît l'adhérence.

Ainsi donc, la compression et l'infection sont bien les accidents principaux qui président à la formation des brides amniotiques. Peut-être ne serait-il pas inutile de parler des causes occasionnelles qui peuvent en favoriser le développement — telles que l'hydragirisme, le saturnisme et surtout l'alcoolisme. Mais cela risquerait de nous entraîner trop loin, et de crainte de sortir de notre sujet, nous bornerons là notre étude.

CHAPITRE V

Diagnostic.

L'origine congénitale des dermoïdes, leur siège d'élection au niveau du limbe cornéen, leur accroissement brusque au moment de la puberté, leur adhérence au bulbe oculaire, leur indolence et enfin l'apparition de poils à leur surface suffisent à les distinguer nettement et de prime abord de toutes les tumeurs de la conjonctive et de la cornée.

Les *polypes* sont caractérisés par leur mode d'implantation qui se fait à l'angle interne de l'œil, près du pli semi-lunaire ou sur la caroncule lacrymale, à l'aide d'un pédicule de peu de largeur. Leur surface est rosée, mamelonnée et semblable à un amas de végétations. Enfin ils ne sont pas congénitaux et le malade indique nettement le moment de leur apparition.

La *pinguecula* n'est pas non plus congénitale. On la trouve au niveau de la fente palpébrale, mais le plus souvent en dedans et n'empiète pas sur la cornée. C'est une petite élévation qui offre l'aspect d'un lobule graisseux et siège dans le tissu sous-conjonctival. Il n'est pas rare que son volume devienne assez considérable pour gêner les mouvements de l'œil.

Le dermoïde et le *ptérygion* ne peuvent davantage être confondus. Il faut pourtant savoir que l'on a rencontré à l'angle interne de l'œil des dermoïdes présentant la forme du ptérygion et que ce dernier peut, bien que très rarement, être congénital, ainsi que le démontrent les observations de Wardrop, Beer et Frédérici.

Les *lipomes*, eux, semblent toujours être congénitaux. Ils siègent sous la conjonctive ou se confondent avec le tissu même de cette dernière. Leur couleur jaune, leur siège ordinaire dans l'espace compris entre les muscles droit supérieur et droit externe, toujours à quelque distance de la cornée, permettront de les reconnaître. Le diagnostic sera toutefois hésitant lorsqu'on se trouvera en présence d'un dermoïde encore glabre et contenant beaucoup de graisse. Nous avons vu que les premiers auteurs s'y étaient trompés. L'erreur est d'autant plus permise que les lipomes conservent comme les dermoïdes leur volume primitif pendant un temps plus ou moins long. Enfin, signalons la coexistence possible sur le même œil de colobomes palpébraux, de lipomes sous-conjonctivaux et de cils épibulbaires.

Les *angiomes* de la conjonctive sont aussi, pour la plupart, congénitaux. Ils se rencontrent dans le voisinage de la caroncule lacrymale et se sont propagés le plus souvent de la paupière à la conjonctive ; il est exceptionnel en effet de les observer sur la conjonctive primitivement. Leur étendue peut être telle qu'ils viennent presque recouvrir tout l'œil ; leur couleur est violacée ou noirâtre, leur consistance molle les rend aisément compressible.

Parmi les différentes variétés de *kystes conjonctivaux*, il en est un, probablement d'origine congénitale, et qui siège près du bord cornéen, se montrant quelquefois, à l'instar des dermoïdes, placé à cheval sur ce bord. L'aspect laiteux de cette tumeur, sa surface lisse permettront de la distinguer facilement malgré son adhérence au bulbe oculaire.

Il ne nous paraît pas nécessaire d'insister ici sur le diagnostic des tumeurs dermoïdes avec les épithéliomas, les sarcomes et les cancers de la conjonctive ou de la cornée. Le mode d'apparition, l'évolution, l'aspect clinique de ces différentes tumeurs ne laissent guère de doute à ce sujet. Mais nous voulons signaler une variété de tumeur décrite par Parinaud sous le nom de *dermo-épithélioma* de l'œil. Les traces de ces productions remontent le plus souvent à la première enfance et elles paraissent avoir leur point de départ dans une tache congénitale. Elles s'accroissent surtout au moment de la puberté, siègent au niveau de la fente palpébrale, près du bord externe de la cornée, qu'elles peuvent envahir sur

une assez grande étendue. Leur couleur est jaunâtre, leur aspect translucide ; elles sont quelquefois lobulées. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait là de tumeurs épithéliales pénétrées par des expansions de tissu conjonctif, dans lesquelles circulent de nombreux vaisseaux. Ces tumeurs se rapprochent des papillomes et l'apparence glandulaire de certaines masses épithéliales doit tenir à une transformation mucoïde des cellules emprisonnées et végétant d'une façon anormale au milieu des productions conjonctivo-vasculaires.

CHAPITRE VI

Pronostic et Traitement.

Les dermoïdes sont des tumeurs bénignes ; ils n'entraînent pendant longtemps aucune gêne et ne commencent à incommoder les malades que lorsque les poils poussent vigoureux à leur surface. L'irritation continuelle provoquée par ces poils amène de la conjonctivite et force le malade à accepter l'intervention chirurgicale.

Il n'est pas habituel que le dermoïde soit le siège d'une inflammation. Cependant le fait est possible et Collomb en rapporte un cas non douteux.

Peut-il se transformer en dermo-épithéliome ? Pas rinaud semble l'admettre et considère que ces dernières tumeurs ont pour origine une tâche congénitale. Kalt, au contraire, n'ayant pu découvrir la moindre trace de follicule pileux ou de glande sébacée dans un dermo-épithéliome soumis à son examen, nie cette transformation et se refuse à reconnaître aux deux tumeurs une origine commune.

Dans l'état actuel de la science, il nous est difficile de prendre parti et il convient, pour juger, d'attendre des observations nouvelles.

Quoi qu'il en soit il est indiqué d'intervenir aussi tôt que possible.

Quel sera ce traitement ? L'ablation pure et simple de la tumeur. Il faut avec un bistouri bien effilé détacher le néoplasme de son point d'implantation en ménageant le plus possible la surface de la coque oculaire. Creuser le tissu de la cornée et de la sclérotique pourrait exposer, sans aucun profit, à la production d'un staphylome.

Une seule intervention suffit en général, car il n'y a aucune possibilité de récurrence ; tout au plus pourra-t-on voir se développer un bourgeon charnu qu'une cautérisation ignée fera disparaître.

Il faut s'attendre à ce que la partie de la cornée recouverte par le dermoïde ne retrouve pas sa transparence ; l'opacité superficielle ainsi créée est indélébile, mais elle est excentrique et ne gêne en rien la vision.

OBSERVATIONS

Nous rapportons in-extenso l'observation inédite que nous avons recueillie dans le service de Monsieur le Professeur Rollet.

OBSERVATION I

Dermoïdes limbiques symétriques couverts de poils coexistant avec une fissure intermaxillaire unilatérale et un chondrome congénital pré-auriculaire. — Examen microscopique.

Marie B..., âgée de 20 ans, domestique, née à Lyon ; entre à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon le 9 mai 1923 pour deux petites tumeurs symétriques des conjonctives.

Il est impossible d'avoir aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires car il s'agit d'un enfant assisté. Elle ne se rappelle pas avoir fait de maladies pendant sa jeunesse si ce n'est une rougeole bénigne.

A sa naissance elle présentait une fissure intermaxillaire du côté gauche qui nécessita une intervention à l'âge de trois mois à cause des difficultés que l'enfant avait pour téter.

Les deux tumeurs conjonctivales existent depuis la naissance mais jusqu'à l'âge de 19 ans, elles étaient de la grosseur d'un grain de blé, n'apportant aucune gêne, alors que depuis trois mois elles ont beaucoup grossi et actuellement sont du volume d'un gros pois.

La fermeture des paupières est incomplète, car de chaque côté les tumeurs s'interposent entre les deux paupières. La malade ne ressent aucun trouble visuel ou autre. Tout autour des néoplasmes, la conjonctive et la cornée sont normales.

Ces tumeurs siègent du côté inféro-externe de chaque œil empiétant sur la conjonctive bulbaire, le limbe et la cornée. En bas elles se confondent insensiblement avec la conjonctive du cul-de-sac inférieur ; en haut elles débordent de 4 millimètres environ à droite et de 3 millimètres à gauche sur la cornée à laquelle elles adhèrent. Leur forme est sensiblement celle d'un cône à sommet cornéen. Leur surface est arrondie et recouverte de poils, nombreux et foncés à droite, plus rares et plus clairs à gauche. Au microscope cornéen, on remarque à la base de chaque poils de nombreuses petites dépressions.

La tumeur gauche est blanc grisâtre, celle de droite a une teinte rosée.

On voit au niveau de la joue gauche une cicatrice ancienne qui va de la commissure des lèvres au bord antérieur du masséter et, dans le prolongement de cette cicatrice, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, de consistance cartilagineuse, mobile sous la peau, mais adhérente en profondeur et paraissant se continuer en haut et en bas avec le conduit cartilagineux de l'oreille.

Le tragus fait, sinon complètement défaut, tout au moins est à peine marqué. Aucune déformation du pavillon et du conduit auditif externe.

Depuis 3 mois, au dire de la malade, serait survenue une tuméfaction de la région sterno-cléido-mastoïdienne gauche alors qu'auparavant il n'existait rien à ce niveau. Cette tuméfaction, de la grosseur d'une grosse noix, dépasse le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien en arrière, et est recouverte par le muscle en avant; elle est mobile sous la peau, mais incomplètement sur les plans profonds, régulière et dure au toucher, ayant la consistance d'une tumeur ganglionnaire sans fluctuation. Elle est indépendante du corps thyroïde qui est augmenté de volume en totalité.

L'examen des poumons, du cœur est négatif.

Rien dans les urines. Réflexes normaux.





Microphotographie de la tumeur droite.

A signaler enfin une asymétrie faciale par atrophie du maxillaire supérieur gauche.

Opération. — La tumeur est enlevée à droite le 12 mai au bistouri et au scarificateur.

Suture de la conjonctive par un point.

Le 2 juin on enlève celle du côté gauche sous anesthésie locale. Trois sutures.

18 juin. — Cicatrisation complète depuis plusieurs jours des deux côtés ; des deux côtés également il subsiste une petite cicatrice conjonctivale, et un petit leucome excentrique en bas et en dehors. La vision est de 1 à droite ; du côté gauche elle est de 2/3 après correction avec un verre sphérique convexe.

Examen microscopique fait au laboratoire de la clinique ophtalmologique (Docteur Colrat) :

a) *Tumeur extirpée la première.*

Le fragment examiné est revêtu à sa périphérie d'un épithélium du type malpighien muqueux polystratifié ; il paraît hyperplasié en plusieurs points. Le derme sous-jacent, composé de fibrilles conjonctives minces et déliées, contient des formations épithéliales anormales. Ces formations sont de plusieurs ordres ; on y retrouve notamment d'assez nombreux poils avec leur gaine épithéliale et leur cornée centrale. On ne retrouve pas d'autres annexes de la peau. Cependant au centre de la préparation on voit une série de cavités multiloculaires formées de cinq ou six logettes. Ces logettes sont revêtues d'un épithélium tantôt cubique, tantôt aplati, tantôt élevé, en particulier dans les logettes les plus petites. Ces cavités sont séparées les unes des autres par des filaments conjonctifs déliés ; leur intérieur paraît libre ; on retrouve cependant dans certaines d'entre elles des débris rosâtres que l'on peut interpréter comme un produit de sécrétion. Ces cavités rappellent d'assez loin la structure histologique des glandes sudoripares.

Tout le dispositif ci-dessus est irrigué par de nombreux capillaires munis d'une paroi propre et laissant filtrer par places quelques globules blancs.

Il s'agit en somme d'une malformation comme le prouve l'existence au niveau de la conjonctive de poils et de formations pseudo-glandulaires se rattachant au type sudoripare.

b) *Tumeur enlevée la deuxième.*

On retrouve par endroits des lambeaux d'épithélium cylindrique polystratifié. Toute la préparation est formée par un stroma fibro-conjonctif, lâche par places, serré par ailleurs, assez largement infiltré d'îlots adipeux.

Le derme est beaucoup plus richement vascularisé que dans la tumeur du côté opposé. Les poils y sont en abondance. On trouve également un îlot formé d'acini glandulaires, à lumière centrale esquissée et dont les cellules constitutantes sont hautes et assez fortement acidophiles. Il existe entre les acini une riche infiltration lymphocytaire. On retrouve toujours dans le derme et à côté d'îlots glandulaires ci-dessus décrits, deux canaux excréteurs formés de cellules cylindriques et, semble-t-il, d'une rangée de cellules myo-épithéliales.

Cette formation glandulaire rappelle étrangement la structure histologique de la glande lacrymale.

Relevé des Observations de Dermoïdes publiées de 1886 à 1914.

KRAMSZLYK (*Gazeta Lekarska*, N° 31). — A enlevé chez un garçon de 9 ans une petite tumeur jaune rosâtre, molle, située en partie sur la cornée, en partie sur la sclérotique. Quelques semaines après l'opération, on remarqua de fortes végétations qui avaient l'apparence d'une récurrence. Guérison après cautère et curette.

GAND (*Bulletin de la Clinique nationale des QuinzeVingts*, N° 92, avril-juin 1887). — Dermoïdes multiples de la conjonctive et de la cornée ; colobome de la paupière supérieure droite.

BERNHEIMER (*Archiv für Augenheilkunde*, XVIII, 2, p. 171). — Observation de deux dermoïdes juxtaposés qui n'étaient pas épibulbaires mais envahissaient le tissu de la cornée. L'iris peu développé était adhérent à la partie postérieure de la tumeur.

ANTOKONENKO (*Rev. d'Opht. russe*, janv.-fév.). — Un cas de tumeur dermoïde de la cornée.

WURDEMANN (*Americ Journal Ophth.*, sept. 1888). — Tumeur siégeant sur le bord de la paupière supérieure et atteignant 4 millimètres en arrière sur la conjonctive. Les poils qu'elle portait avaient environ 2 centimètres de long, étaient fins et ressemblaient à de la laine.

PERCY-DUNN (*The illustrated med. News*, 4 avril 1889, p. 6). — Un cas de tumeur dermoïde de la cornée.

WAGENMANN (A. v. *Graefes Arch.* XXXV, 3, 1889). — Über ein merkwürdigen Fall von Dermoïdgeschwulst mit rudimentärer Entwicklung des Augen.

WOLF (*Kl. Monatsblatt f. Augenh.*, décembre 1891, p. 430). — Dermoïde de la caroncule.

BAKER (*Journal of the American Medical Association*, 17 octobre 1896). — Deux cas : Un homme de 24 ans portait depuis sa naissance une tumeur sur la cornée gauche si forte qu'elle passait entre les paupières. Diamètre 2 cm. $\frac{1}{2}$, pédiculée et couverte de poils noirs. Elle était attachée à la partie inférieure et externe de la cornée et couvrait la cornée entièrement. L'autre cas est celui d'une jeune fille âgée de 17 ans qui avait trois tumeurs sur la cornée gauche : deux au bord scléro-cornéen de la grandeur d'un demi-diamètre de la cornée et le troisième au centre même de la membrane.

NOBBE (*A von Graefes Arch.*, tome XLIV, 2 pp. 334-337, 1897). — Quatre observations de lipodermoïde où l'on découvre des éléments cutanés (papilles, follicules pileux). Siège : fornix supérieur entre les muscles droit sup. et droit ext.

EWETZKI (*Centralblatt f. p. Augenh.*, août, 1898, p. 206). — Cinq cas de lipodermoides semi-lunaires de la conjonctive. Tumeurs siégeant à la partie externe de la conjonctive bulbaire, la concavité tournée du côté de la cornée. Il s'agit de lobules graisseux enveloppés dans une enveloppe cutanée analogue à la peau.

LODATO (*Archivio di Ottalmologia*, 6^e année, 6^e vol., fasc. 7-12). — Cite un cas de dermoïde pur. Cette tumeur présente maintes altérations dégénératives et une des complications les plus rares du dermoïde oculaire à savoir le colobome atypique de l'iris.

DREYER-DUFER (*Société d'Ophtalmologie*, séances avril-mai-juin 1900). — Dermolipome sous-conjonctival placé sur la partie externe du globe prenant l'aspect de replis blanchâtres, de forme triangulaire.

LAGRANGE (*Archives d'Ophtalmologie*, juin 1902). — Deux cas :
1° Dermolipome sous-conjonctival chez une fillette de 8 ans situé à la région supéro-externe de l'œil gauche. La tumeur était congénitale : elle renfermait trois kystes sébacés ; 2° Dermolipome chez un garçon de 5 mois situé dans l'angle externe de l'œil gauche. Tumeur dermoïde avec éléments adipeux accessoires.

SNELL (*Trans. Opht. Soc.*, XX., p. 193). — Dermoïde pédiculé congénital de la conjonctive chez un enfant de 5 mois. Grandeur d'un petit pois situé sur la conjonctive bulbaire.

LANG (*Trans. Opht. Soc.*, XXI). — Dermoïde de la conjonctive.

DEMICHERI (*Anales de Oftalmologia*, Mexico, août 1902). — Deux cas de dermolipome à localisation rare : 1° Jeune fille 24 ans qui présente depuis sa naissance une petite tumeur simulant une hypertrophie du repli semi-lunaire. La tumeur lisse se prolonge profondément vers l'orbite. La caroncule est normale. Examen microscopique : Tumeur cellulo-graisseuse, avec couche épithéliale épaisse, glandes sébacées et follicules pileux ; 2° Homme de 26 ans, incommodé par poils siégeant dans le cul-de-sac conjonctival inférieur qui repousse peu après qu'on l'arrache. Au fond du cul-de-sac se trouve une tumeur arrondie de 8 millimètres de diamètre avec poil central. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un dermoïde.

QUESNEL (*Thèse de Paris*, 1903). — Trois observations :
1° Dermolipome chez jeune femme de 24 ans siégeant à la partie externe du globe oculaire droit. Dimensions 8 sur 15 millimètres. Coloration jaune, consistance molle. A sa surface on relève l'existence de 4 à 5 poils

très fins. A l'intérieur abondant tissu graisseux ;
2° Enfant masculin de 3 ans $\frac{1}{2}$; sur globe oculaire,
en haut et en dedans tumeur pointue dont le sommet
est recouvert de poils. Il s'agit d'un dermoïde ; 3° Deux
tumeurs symétriques des globes oculaires siégeant dans
l'angle externe et en haut ; consistance molle, colora-
tion jaunâtre. C'est un dermolipome.

HANKE (*Archives Ophtalmologie*, A. von Graefe, T. LVII). —
Anophtalmie congénitale bilatérale et un dermoïde de
la cornée avec lipome endobulbaire.

JOHNSTON (*Ophthalmic Record*, mai 1904). — Dermolipome
enlevé avec succès chez un homme de 56 ans qui
n'avait constaté l'existence de cette tumeur que depuis
deux ans.

AHLSTRÆM (*B. z. Augenh. Heft* 61, 1904). — Chez une fille de
17 ans, l'auteur enlève une tumeur qui existait depuis
la naissance, longue de 15 millimètres et large de 8.
A l'examen histologique, Ahlstrøm trouve quelques fol-
licules pileux et des glandes sébacées.

COLLOMB (*Société française d'Opht.*, mai 1905). — Cite trois
cas de tumeurs dont la nature dermoïde est incontes-
table. L'examen révèle la présence de follicules pileux,
poils et glandes sudoripares rudimentaires uniques ou
en petit nombre. La deuxième tumeur porte les signes
manifestes d'une violente inflammation. Quant au
troisième cas il se distingue par l'abondance de ses
glandes sébacées énormes qui occupent presque la moi-
tié de certaines préparations ; mais ce qui fait sur-
tout l'intérêt de ce cas, c'est la présence de lésions ou
malformations congénitales multiples : double der-
moïde symétrique, double lipome ou dermolipome de
la conjonctive, malformation du pavillon de l'oreille,
tumeur cutanée en avant du tragus, pied bot congé-
nital. Cette coexistence n'a pas encore été signalée
aussi complète.

WERNER (*Trans. Opht. Society* vol. XXIV, p. 216, 1904). —

Dermolipome de la conjonctive. Jeune fille de 16 ans présentant une irritation de l'œil produite par la présence de quelques longs poils ayant apparus il y a six mois dans un lipodermoïde congénital sous-conjonctival avoisinant l'angle interne. La tumeur fut excisée et l'examen microscopique montre qu'il s'agissait d'un dermolipome. On y voyait des follicules pileux, des glandes sébacées, soutenues par un tissu fibreux, le tout couvert d'un épithélium épais.

RAMOS (*Anales de oftalmologia*, mars 1905.) — Dermoïde de la conjonctive. Petite tumeur sphéroïdale de 8 mm. de diamètre, pédiculée sans relation avec la sclérotique. A la surface est une petite zone d'où émergent vingt-deux poils fermes et ondulés de longueur maximum de 4 cm.

ISCHREYT (*Arch. f. Augenheil*, tome LIII, p. 239, 1095). — Un épidermoïde de la conjonctive bulbaire.

BOURGEOIS (*Ophthalmologie provinciale*, p. 178, février 1906). — Dermoïde occupant exactement la moitié inférieure de la cornée qui semble se soulever pour aller se terminer en cône entre les paupières mal jointes.

CONTINO (*Clinica oculistica*, mars-avril 1906). — A déjà publié des cas de lipomes de la conjonctive et il croit pouvoir conclure que le lipome conjonctival est toujours associé à un kyste dermoïde ; il a observé et enlevé un lipome cornéen dont il rapporte l'observation microscopique. Le dermoïde y serait représenté à l'état rudimentaire par des plaques de tissu épidermique étouffées par le développement prépondérant du tissu adipeux.

VAN DUYSSE (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. III). — Second cas de dermoïde de la conjonctive palpébrale ; l'auteur la croit déterminée par un cordon de l'amnios.

ROLLET (*The ophthalmoscope*, sept. 1907). — Chez jeune fille de 19 ans, on trouve une tumeur de la grosseur d'une noisette se perdant dans le cul-de-sac externe et de couleur jaune rougeâtre. Microscopiquement c'est un fibrolipome, mais l'épithélium pavimenteux stratifié, l'adhérence de la tumeur à la conjonctive, l'abondance du tissu fibreux font penser à un dermolipome.

POLACK. (*Société d'Ophthalmologie de Paris*, 7 Avril 1908). — Jeune homme de 19 ans atteint de la tumeur de la conjonctive bulbaire de l'œil gauche. Rouge elle fait saillie dans l'angle interne. Indolore, sa consistance est ferme. A l'œil droit, on constate également, dans l'angle interne, un épaissement nodulaire de la conjonctive qui représente le premier stade de la lésion de l'autre œil. La tendance de la tumeur de l'œil droit est de s'étaler en nappe, tandis que dans l'œil gauche elle bombe franchement et forme une saillie de 5 mm. environ.

BÉAL (*Société d'ophtalmol. de Paris*, 5 mars 1907). — Jeune homme de 13 ans, atteint de dermoïde de la conjonctive et de la cornée de l'œil gauche. — L'intérêt de cette observation est dans le siège inaccoutumé du dermoïde situé en haut et en dehors, dans sa forme trilobée, dans l'absence de poils, la coexistence des opacités cornéennes congénitales, du nævus de la région fronto-palpébrale, des troubles pileux et de nombreux nævi disséminés sur le corps.

HOSCH (*Archiv. für Augenh.* Vol. LIV). — Lipodermoïde de la conjonctive chez une femme de 41 ans ; il y avait en même temps un petit dermoïde du limbe cornéen.

POLACK (*Société d'ophtalmologie de Paris*, 7 avril 1908) — Tumeur dermoïde de l'angle interne de l'œil.

LEWITT (*New-York Medical Journal*, 18 juillet 1908). — Dermoïde chez un enfant de 5 semaines. La tumeur dont les dimensions étaient de 8 mm. sur 7 et 3 était visible sur le rebord scléro cornéen.

LANDOLT (*Société française d'opht.*, mai 1912). — Landolt donne l'observation d'une jeune homme de 20 ans porteur de deux ébauches d'oreilles supplémentaires au niveau de l'antitragus droit et présentant à l'œil droit, à l'angle supéro-externe du cul-de-sac conjonctival une tumeur volumineuse saillante lorsqu'on écartait les paupières, se perdant en haut dans la voûte orbitaire, dépassant un peu vers le bas le diamètre horizontal et bien mobile au devant du globe oculaire

Cette tumeur était relativement molle, Dans la région centrale une plaque de teinte jaunâtre portait un grand nombre de poils fins de plusieurs millimètres de long accompagnés d'autres poils plus petits et plus clairs. De la partie inférieure de la tumeur la conjonctive se détachait pour former une sorte de bride qui se dirigeait horizontalement en dedans et s'insérait sur une cicatrice de la partie inféro-externe de la cornée provenant d'un dermoïde extirpé sept ans auparavant.

L'œil gauche présentait dans la région symétrique une tumeur analogue, moins étendue, mais fournie de poils plus longs. Une bride conjonctivale se détache encore de la tumeur mais s'arrête à mi-chemin de la cornée.

A la coupe, la plus petite des deux tumeurs présente une structure différant peu de la conjonctive dans ses parties périphériques ; dans la région centrale cependant une grande abondance de follicules pileux avec des glandes sébacées extrêmement volumineuses et en activité ; pas de glandes sudoripares. Dans la profondeur se trouvent de gros vaisseaux accompagnés d'un peloton de faisceaux nerveux sinueux, très riche en tissu conjonctif et pauvre en fibres nerveuses.

L'autre tumeur présente un derme bien constitué, moins de follicules pileux, plus de tissu adipeux et dans la profondeur, un petit lobule de glande lacrymale.

L'observation est intéressante à cause de la bilatéralité de la tumeur, de la coexistence et même de la confluence d'un dermolipome et d'un dermoïde du limbe, par la présence de tissu nerveux atypiquement développé.

SOKOLOW (*Wiestnik Ophthalmologie*, n° 1, 1912). — Cite deux cas de dermoïde et de lipo-dermoïde.

FISCHNER (*Klin, Monatsblatt f. Augenh.*, octobre 1911). — Dermoïde de l'œil gauche qui occupait toute la cornée et empiétait sur la sclérotique. L'iris était accolé à la cornée dans la partie inférieure du globe et pénétrait même en partie dans ses tissus ; de même le cristallin rapetissé et calcifié touchait la cornée. Dans la partie supérieure du globe la chambre antérieure subsistait, l'iris était libre et normal.

RUMSZEWICZ (*Société d'ophtalmologie de Kiew*, 26 avril 1911). — Observation d'une jeune fille de 18 ans chez laquelle il enlève un œil staphylomateux depuis la naissance. A la coupe, structure semblable à celle de la peau : épithélium polystratifié, papilles, vaisseaux, nerfs. En profondeur, tissu conjonctif avec lobules adipeux, puis mince couche fibreuse se continuant avec la sclérotique, puis membrane de Descemet normale. Dans la fibreuse, follicules pileux, glandes sébacées et sudoripares. Ainsi : lipodermoïde de la cornée.

KRAILHEIMER (*Klin, Monatsblatt fr. Augenheilkunde*, vol. LI, p. 776, juin 1913). — Tumeur chez un enfant de 8 mois, à l'œil droit. Elle avait été découverte à la naissance et avait grandi sensiblement la semaine suivante. A l'examen histologique, on constate la présence de tissu conjonctif recouvert d'épithélium. A l'intérieur, on trouve des glandes tubulo-acineuses, du cartilage hyalin, des vaisseaux sanguins et lymphatiques, du tissu lymphoïde, des muscles lisses et striés, du tissu graisseux et des terminaisons nerveuses.

WEIDLER (*The opht. Record*, p. 291, juin 1913). — Un cas de dermoïde et un cas de dermolipome du quadrant inféro externe de la conjonctive. Dans le second cas, il y avait également absence de l'ongle du petit doigt de la main gauche.

DUCLÓS (*Annales d'oculistique*, janvier 1912.) — Il s'agit, chez un enfant de 10 ans, d'une tumeur de la grosseur d'une lentille, de couleur rouge sombre et qui s'était développée récemment au niveau d'un petit point rouge du limbe existant dès la naissance.

L'examen histologique montre au centre le développement secondaire d'un épithélium pavimenteux ; il y avait un cancer développé aux dépens d'une tumeur dermoïde.

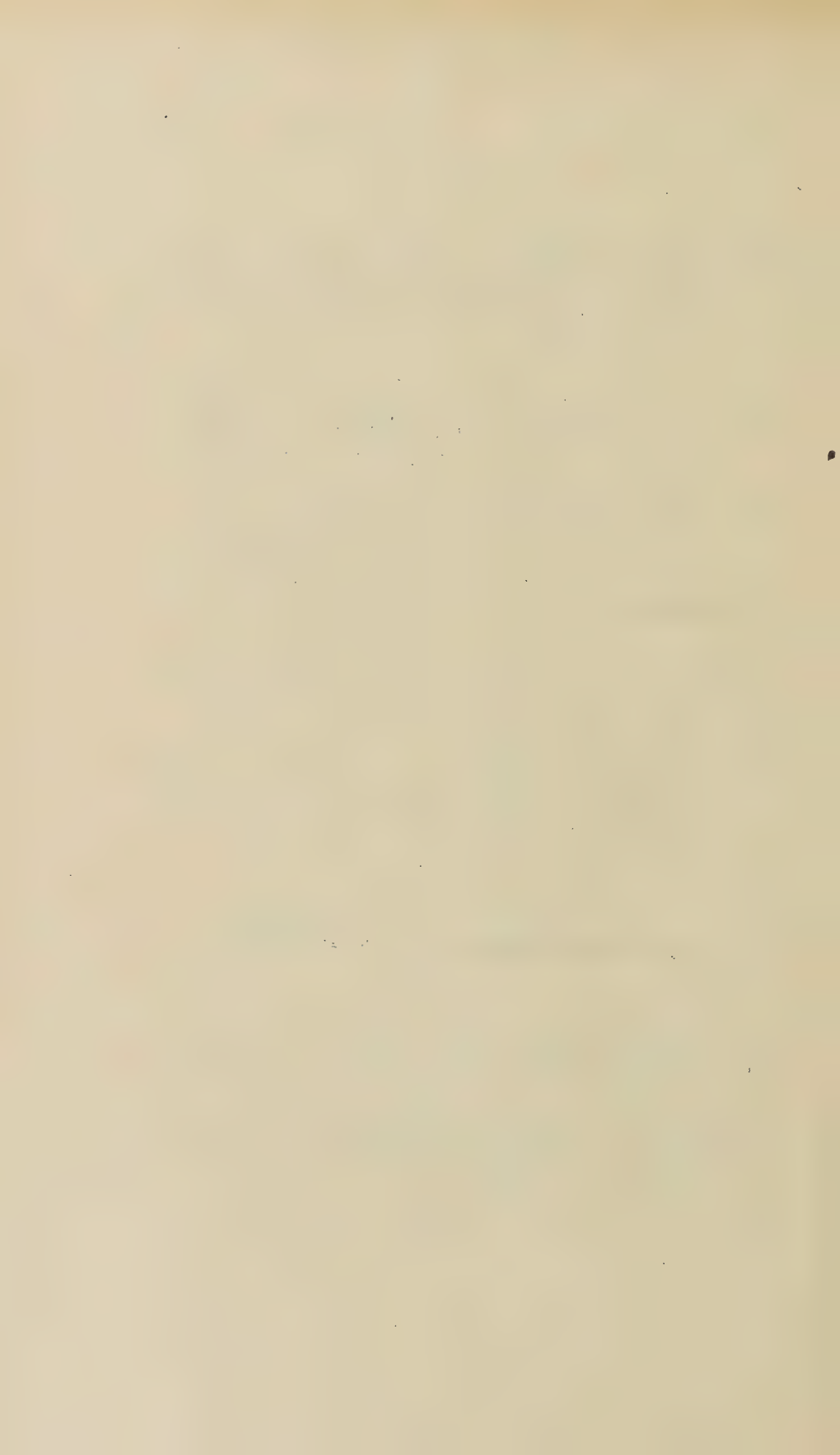
VOSSIUS (*Société d'Ophtalmologie d'Heidelberg*, 15-17 mai 1913). — Dermolipome symétrique de l'angle interne. C'est là une observation rare de tumeur bilatérale de l'angle interne.

Tissu adipeux entouré d'une mince capsule et contenant quelques filets nerveux et des vaisseaux. La peau porte quelques poils très fins.

Cas de Dermoïdes chez les Animaux.

O. SALFNER (*Arch. für Augenh.*, vol. XLV). — Dermoïde recouvrant toute la cornée chez un cheval.

BUTTLER (*The Ophtalmoscope*, Février 1912). — Tumeur dermoïde chez le chien.



CONCLUSIONS

I. — Le dermoïde du limbe scléro-cornéen est une malformation fœtale, visible le plus souvent dès la naissance, et dont le brusque développement se fait à la puberté.

II. — Le dermoïde consiste en une masse arrondie, blanc-jaunâtre, de petit volume, et qui siège au niveau du limbe. On le trouve en général sur un seul œil ; mais il peut exister simultanément sur les deux globes oculaires dans des régions symétriques (7 %) ; il s'accompagne parfois (3 %) d'autres malformations au niveau de la face, telles que colobome des paupières, persistance d'un sillon intermaxillaire, tumeur préauriculaire.

III. — La constitution histologique du dermoïde est analogue à celle des paupières. Sur une charpente connectivo-vasculaire plus ou moins infiltrée de graisse s'étale un épithélium malpighien qui contient des follicules pileux, des glandes sudoripares, lacrymales et sébacées.

IV. — Si le diagnostic différentiel entre le dermoïde et le dermolipome est cliniquement très difficile, voire même impossible, en revanche on ne saurait le confondre avec les autres tumeurs de l'œil.

V. — Il résulte probablement de l'adhérence, à une époque déterminée de la vie intra-utérine, de l'amnios au globe de l'œil. Cette adhérence explique en outre les autres malformations faciales qui coexistent avec lui.

VI. — Le traitement, consistant dans l'ablation de la tumeur au bistouri et au scarificateur, est suivi de réunion immédiate avec conservation de l'intégrité visuelle.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
ROLLET.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 21 Juin 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
Pour le Recteur, et par délégation :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université ,
DÉPÉRET.

BIBLIOGRAPHIE

- BOGEL. — Uber das subconjunctival lipome. (*Graef's Archives*, 1886, XXXII, 1S, 129 ff.)
- CHANAUD. — Les tumeurs de la conjonctive. (*Thèse de Bordeaux*, 1900.)
- COLLOMB. — Contribution à l'étude des tumeurs congénitales. (*Société française d'ophtalmologie*, mai 1905.)
- COSTE. — Histoire générale et partielle du développement. (Paris, 1837.)
- DARESTE. — Recherches sur la production artificielle des monstruosités. (Reinwald et Cie, Paris 1876.)
- DE WECKER et LANDOLT. — Traité complet d'ophtalmologie. (Paris, Delahaye, 1889-90.)
- EWETZY. — Sur le lipodermoïde de la conjonctive. (*Archives d'opht.*, 1898.)
- GALLENGA. — Nuovo contributo allo studio die tumori congeniti della conjunctiva. (*Annali di Ottalmo*, t. XVIII, p. 241.)
- GAXET. — Article « Cornée » du dictionnaire encyclopédique. T. XX, 1^{re} partie, p. 569.
- HIRSCHBERG et BIMBACHER. — Centralblatt für praktische. Augenheilkunde, 1883.
- KIRMISSON. — Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale. Paris 9.

- LAGRANGE. — Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes. Paris, 1904.
- LANNELONGUE. — Traité des kystes congénitaux. Paris, 1900, t. I.
- LARBOURET. — Contribution à l'étude des dermoïdes de l'œil. (*Thèse de Paris*, 1885.)
- MACKENSIE. — Maladie des yeux. T. I, p. 362, 1856.
- MASARS DE CAZÈLES. — Journal de Médecine, t. XXIV, p. 332, 1766..
- MAUCHART in J.J. CANCERER. — Diss. de conjunctivæ et cornea oculi tunicarum vesiculis, paragraphe 13, 1742.
- NOBBES. — Über die lipodermoïde des conjunctiva. (*Archiv. für ophtalmologie*, L. XLIX, p. 334.)
- OSBORN. — Cystic and dermoïd tumours of eye. (*Saint Thomas Hospit. Report. New series*, vol. VI, p. 69, 1875.)
- PANAS. — Traité des maladies des yeux. (Paris, 1894.)
- PANAS et ROCHON-DUVIGNEAUD. — Recherches anatomiques et cliniques sur le glaucome et les néoplasmes oculaires. (Paris, Masson, 1898.)
- PARISOTTI. — Histologie pathologique de l'œil. (Paris, Baillères, 1904.)
- PARINAUD. — Dermo-épithéliome de l'œil (tumeur non décrite). (*Arch. opht.*, juillet-août 1884.)
- PICQUÉ. — Affections congénitales de l'œil. (*Thèse d'Agrégation*, Paris 1889.)
- QUESNEL. — Essai sur la pathogénie des dermoïdes et dermolipomes du globe de l'œil. (*Thèse de Paris*, 1903.)
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique. (Paris, Masson, 1897.)
- RICHARD DERBY. — Transactions of the American ophthalmic Society. (New-York, 1878.)

ROLLET. — De l'apparition tardive des kystes dermoïdes de la tête. (*Gaz. hebdomad. de médecine et de chirurgie*, sept. et oct. 1889.)

TARNIER, CHANTREUIL et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements, t. II. (Paris, Lauwereyers et Steinheil, 1882-1901.)

TILLAUX. — Sur la pathogénie des dermoïdes de l'œil, (*Union médicale*, juillet 1885, n° 104.)

TRUC et VALUDE. — Nouveaux éléments d'ophtalmologie. (Paris, Maloine, 1896.)

WARDROP. — Essays on the morbid anatomy of the human eye. (Edinburgh, G. Ramsay, 1808.)

ZELLENDORF. — Contribution à la casuistique des colobomes palpébraux congénitaux. (*Archives d'ophtalmologie*, 1895.)

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	9
Chapitre premier. — Historique	11
Chapitre II. — Symptomatologie	15
Chapitre III. — Anatomie pathologique.....	17
Chapitre IV. — Pathogénie	23
Chapitre V. — Diagnostic.....	35
Chapitre VI. — Pronostic et Traitement	39
Observations	41
Conclusions	55
Bibliographie.....	57
